II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"G. Macherione"
Via Veneto, 93/95 – 95011 - CALATABIANO
TEL./FAX 095/645610 e-mail: ctic82100a@istruzione.it
PEC: ctic82100a@pec.istruzione.it Codice Fiscale 83002490874
URL : http://www.icmacherionercalatabiano.edu.it/

REGOLAMENTO

PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

A.S. 2018-2019

IL CONSIGLIO D'ISTITUTO

VISTE le Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute, in data 25/01/2005, contenenti le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

TENUTO CONTO che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la Scuola (orario scolastico);

TENUTO CONTO che a Scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

VALUTATE le reali necessità degli alunni dell'Istituto Comprensivo "Giuseppe Macherione", che accoglie minori dai 3 ai 13 anni;

APPROVA

il seguente Regolamento, in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Istituzione scolastica.

Art. 1
CAMPO DI APPLICAZIONE

a) In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute (es. convulsioni febbrili, diabete giovanile).
b) In ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la cui omissione può causare danni alla salute dell'alunno.

Art. 2
ITER PROCEDURALE

LA FAMIGLIA

Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione o autosomministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante (Allegato 2);
Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 2);
Fornisce alla Scuola esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante, in confezione integra, riportante in modo chiaro e in stampato il nome – cognome – classe di appartenenza dell'alunno.

Fornisce il farmaco, tenendo personalmente nota della scadenza e provvedendo direttamente, mediante controlli periodici sul posto, alla verifica della corretta conservazione e alla eventuale sostituzione in caso di necessità.
Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.

Fornisce al Dirigente scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze.

IL MEDICO CURANTE

Rilascia il certificato (Allegato 1) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;
Dalla prescrizione alla somministrazione rilasciata si deve evincere:

- l'assoluta necessità;
- la somministrazione o autosomministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione, né di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario;
- indica la modalità di conservazione del farmaco;
- indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.

L'ISTITUZIONE SCOLASTICA

Valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione del farmaco in orario scolastico (Allegato 3);
Autorizza alla somministrazione/auto somministrazione del farmaco (all. n. 4);
Individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;
Individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;
Informa il D.S.G.A., la RLS d'Istituto, i collaboratori scolastici e i docenti del piano, il collaboratore addetto alle chiamate d'emergenza, sulla presenza in classe/sezione di alunni che necessitano dell'assunzione di farmaci;
Promuove incontri con il Medico curante, la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:
La patologia e le sue manifestazioni;
La fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
La non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;
La presa d'atto della certificazione medica;
Le eventuali modalità di spostamento dell'alunno/a dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;
Indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità:
manovra di soccorso, chiamata al 112, chiamata alla famiglia.

IL PERSONALE SCOLASTICO, DOCENTE E NON DOCENTE

Il personale scolastico, docente e non docente, che ha dato la propria disponibilità a somministrare il farmaco:
Esprime formalmente la propria disponibilità alla somministrazione del farmaco in orario scolastico (Allegato 3);
Provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta;
Partecipa ad eventuali incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente scolastico.

Art. 3
GESTIONE DELL'EMERGENZA

Resta in ogni modo prescritto il ricorso al Servizio Territoriale Emergenza (118) nei casi in cui ci sia la necessità di interventi non precedentemente richiesti/autorizzati dal genitore/tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'intervento.
Il presente Regolamento rimane in vigore fino a predisposizione di nuovo atto o a formale modifica del presente.
Si rinvia ove non espressamente previsto alle norme vigenti.

All. n. 1

Modello da compilare a cura del medico curante

Il sottoscritto dott. _____, nato a _____

il _____, con studio medico in _____

via _____ n. ___ _____

DICHIARA

che il minore _____

nato/a a _____ il _____ residente a_____

iscritto presso l'I.C. G. Macherione di Calatabiano,

❑ **necessita di SOMMINISTRAZIONE** del farmaco sotto indicato, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico;

❑ **necessita di AUTO-SOMMINISTRAZIONE** del farmaco sotto indicato in ambito ed in orario scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco, da parte di personale senza cognizioni di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica, sono le seguenti:

nome commerciale del farmaco _____

_____

farmaco salvavita : ❑SI ❑NO

evento per il quale somministrare il farmaco _____

_____

_____

dosi

_____

modalità di conservazione _____

_____

_____

Modalità di somministrazione: _____

_____

❑ in via continuativa

❑ al bisogno

Data,……..

Timbro e firma del medico

_____

All. n. 2

Modello da compilare a cura dei genitori

Al Dirigente Scolastico
I.C. "G. Macherione"
Via Veneto, 93/95
Calatabiano

RICHIESTA ed AUTORIZZAZIONE

alla somministrazione o auto - somministrazione di farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti _____

_____

_____

genitori/tutori legali del minore_____,

affetto da _____,

frequentante la classe/sezione _____ a. s. 20____/20____ del plesso :

❑Infanzia plesso di via _____ n.__

❑Primaria plesso di via ._____ n.__

❑Secondaria di 1° grado plesso di via _____, n. _____,

CHIEDONO

per il minore sopra indicato :

❑ la somministrazione del farmaco

❑ l'auto-somministrazione del farmaco

in ambito ed orario scolastico come da allegata certificazione del medico (all. n. 1).

A tal fine

AUTORIZZANO

il personale della Scuola, individuato dal Dirigente, e sollevano lo stesso personale da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore. Contestualmente alla somministrazione autorizzano a contattare la famiglia e a chiamare il 118 ove necessario;

DICHIARANO

nel caso di richiesta di auto-somministrazione, l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e si impegnano a concordare con i docenti le modalità di assunzione del farmaco.

AUTORIZZANO

❑ il figlio a custodire personalmente il farmaco

❑ incaricano la Scuola di custodire il farmaco

DICHIARANO

di depositare il farmaco salvavita per tutta la durata della terapia presso la Scuola e, precisamente:

_____

ubicato nel plesso di_____, piano _____

di consegnare il farmaco in confezione integra, riportante il nome dell'alunno e la classe/sezione di appartenenza.

di verificare, mediante controlli periodici sul posto, la corretta conservazione del farmaco e di provvedere alla eventuale sostituzione in caso di necessità.

Data _____

Firma _____

Firma _____

Numeri di telefono utili:

padre telefono cellulare _____

telefono fisso_____

madre telefono cellulare _____

telefono fisso _____

medico curante telefono cellulare _____

elefono fisso _____

_____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

La richiesta andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"Giuseppe. Macherione"
Via Veneto, 93/95 – 95011 - CALATABIANO
TEL./FAX 095/645610 e-mail: ctic82100gAa@istruzione.it
PEC: ctic82100a@pec.istruzione.it Codice Fiscale 8300490874
URL : http://www.icmacherionecalatabiano.gov.it/

All. n.3

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO il Regolamento per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico, delibera del Consiglio di Istituto ,

VISTA la prescrizione del medico curante del minore (all. n. 1);

VISTA la richiesta avanzata dalla famiglia (all. n. 2) riguardo alla somministrazione/autosomministrazione in orario scolastico del farmaco;

CONSIDERATO che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

VISTA l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

VISTA la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

ACCERTATA la disponibilità del personale scolastico;

AUTORIZZA

quanto segue:

a) la auto somministrazione/somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata per il minore_____ iscritto per l'a s. 2018/2019 nella classe/sezione _____della Scuola dell'IC G. Macherione di Calatabiano plesso di _____.

INDIVIDUA

b) i docenti _____ in servizio, alla somministrazione del farmaco indicato nella certificazione medica allegata.

Calatabiano, _____ 2018

Il Dirigente Scolastico
Giuseppe D'Urso

All. n. 4

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C. G. Macherione
di Calatabiano

DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA'
alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di :

❑ Docente nella Scuola
sez. ……..plesso di via ……
classe……..sez……
classe……..sez……

❑ Collaboratore scolastico nella Scuola
plesso di via ……
piano……..reparto……
secondaria di 1° grado piano……..reparto……

ESPRIME

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico per il minore _____ nato il _____ a _____, frequentante la classe/sez._____

DICHIARA

di aver letto le disposizioni ministeriali per la somministrazione dei farmaci a Scuola;
di essere in possesso del titolo di Pronto Soccorso;
di provvedere alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate dalla famiglia e dal medico curante;
di partecipare ad eventuali incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente scolastico.

Allega:
- copia del titolo di Addetto alle Emergenze: Primo Soccorso conseguito il _____ presso _____

Calatabiano , _____

_____

Approvato dal Consiglio di Istituto, delibera n. ____ del _____ 2018

Il Dirigente Scolastico
Giuseppe D'Urso
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, c.2, D.Lgs. 39/93